

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0039658

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KHATTABI DRISS
Date de naissance : 17-5-1954
Adresse : 57, Rue Loundaya Hay Al Maghrib El Jadid, Bennechid
Tél. : 06 68 17 32 63 Total des frais engagés : 2362,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEHBI Soumaya Age : 31-1-1990

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : fr de l'est de red dr

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Bennechid Le : 24 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/01/23	1ère facture	NE 182320/23	2160,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/12/23

202,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

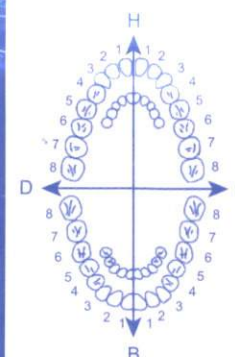
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

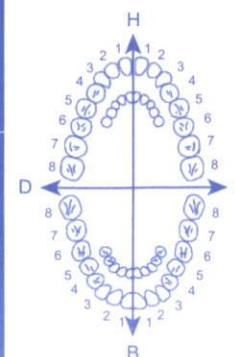
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/12/13

CHEHBI. SOUMAYET

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80/

47,80

Dalén 10000

1cp x 3/j pld

22,00

22,00 Cental

2cp x 2/j

133,00

Arcoxia 90

1cp/j pld 5 j

202,80

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V. : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NT0
6 118001 160044

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHANBOUNI IMRAMEU
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie

Pharmacie KHADRAOUI
صيدلية الخضراوي
Med. KHADRAOUI
642, Rue Abdel Haloum Tisserat
Beyracheid - Tel: 0522 32 87 30



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/23

CHEHBI Soumaya

Confection manchette
plâtrée .

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHANBOUN MUHAMED
Professeur Agrégé - Traumatologie-Orthopédie
071185146



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :



2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

Confusion plâ h

mon chéri plâ h

P. Chahbouh by
Dr

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste





وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/23

CRS



2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: F

partielle problème au fémur
du bras et du coude
un déplacement
par
une fracture
manchette plâtre
Imposer coude en
extension

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI MOHAMED
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
071180143

6

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 182 320 / 2023 du 24/12/2023

Nom patient : CHEHBI SOUMAYA

Entrée 24/12/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 24/12/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE L'AVANT-BRAS DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONFECTION DE PLÂTRE	1,00		1 500,00	1 500,00
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	2 160,00
Total Frais Clinique				2 160,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
DEUX MILLE CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total 2 160,00

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	2 160,00				2 160,00	0,00

(Signature)
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 44 77
E-mail : contact@hkhz.gov.qa
N°INP 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

4P

DES URGENCES

قسم المستعج

Coller Etiquette De RAR



2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

RADIOLOGIQUE



2300800874 / H0123038839
Prénom : SOUMAYA
Nom : CHEHBI
DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023
Service : URGENCES (NA)

Age :

Poids : Kg

Sexe : ☐ M ☐ F

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Traumatisme du poignet ^{dt} avec chute de la
hauteur : main en hyperextension.

• RADIO STANDARD :

Avant-bras ^{dt} FIP
+ Main droite

☐ FACE

☐ PROFIL

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 05 33 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@hik-hospital.com
N°IMP 0242424242

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

☐ Avec injection

☐ Sans injection

Créat :

BHCG : ☐ Positive

☐ négative

• IRM :

☐ Pacemaker

☐ Dispositif métallique

Signature et caché du médecin des
urgences

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr ADRIAN
Médecin Interne
0900 1862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 24-12-2023

COMPTE RENDU



Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme chebbi Saoudya Le : 24/12/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Traumatisme de poignet

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO de l'avant-bras + de la main
- ECHOGRAPHIE
- SCANNER
- IRM
- AUTRES : confection de Plâtre

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة
علاج تكوين بحث



CASABLANCA, le 24/12/2023

PATIENT : CHEHBI SOUMAYA

EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX Avant bras et Rx Main droite F+P**

IPP : **H0123038839**

DATE NAISSANCE : **31/01/1959**

NUMERO DOSSIER : **2300800874**

Fracture de l'extrémité distale du radius
fracture de la styloïde cubitale .
épaississement des parties molles en regard .
Interligne articulaire sus et sous jacentes respectée.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr IBRAHIMI**

Dr. M. IBRAHIMI
Radiologue

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,

BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fckm.ma



**Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
ROYAUME DU MAROC